

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MARTIN LUDMER

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 23 Janvier 1906, à Bucarest (Roumanie)

DIAGNOSTIC

DES

Sinusites Maxillaires Polypeuses

Président : M. SEBILEAU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MARTIN LUDMER

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 23 Janvier 1906, à Bucarest (Roumanie)

DIAGNOSTIC

DES

Sinusites Maxillaires Polypeuses

Président : M. SEBILEAU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expériment ^l .	GRÉGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENORMANT.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÉPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN.	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri).	Pathologie médicale.
BROCQ.	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.	Pathologie médicale.
CADENAT.	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.	Pathologie médicale.
CHABROL.	Pathologie médicale.
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.	Physique.
DONZELOT.	Pathologie médicale.
ÉCALLE.	Obstétrique.
FEY.	Urologie.
GARNIER.	Pathologie expérimentale.
GASTINEL.	Bactériologie.
GATELLIER.	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.	Histologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.
HAZARD.	Pharmacologie.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.	Pathologie médicale.
HUGUENIN.	Anatomie pathologique.
JOANNON.	Hygiène.

MM.

LABBE (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LEMAITRE.	Oto-rhino-laryngologie.
LEVEUF.	Pathologie chirurgie.
LÉVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
LIAN.	Pathologie médicale.
MILLOT.	Histologie.
MONDOR.	Pathologie chirurgie.
MOREAU.	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgie.
MOURE.	Pathologie chirurgie.
MULON.	Histologie.
N.	Physiologie.
OBERLING.	Anatomie pathologique.
OLIVIER.	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE.	Médecine légale.
PORTES.	Obstétrique.
QUÉNU.	Pathologie chirurgicale.
RICHET.	Physiologie.
SAUNIÉ.	Chimie biologique.
SÉZARY.	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur).	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique.
VELTER.	Ophthalmologie.
VERNE.	Histologie.
VIGNES.	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET.	Pharmacologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique.
LEQUEUX.	Obstétrique.
LEROUX.	Anatom. pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
RETTERRER.	Histologie.
ZIMMERN.	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE]

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale	HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale (suite)
CHIRAY		MATHIEU	
DEBRÈ		MOCQUOT	
DUVOIR		PROUST	
FIESSINGER		SCHWARTZ	
LEIGNEL-LAVASTINE		LE LORIER	
BASSET	Clinique chirurgicale	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale
CHEVASSU		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

C'est avec une intense et profonde émotion que je vous dédie mon premier travail.

Si modeste qu'il soit, il vous paraîtra bien grand car il sera pour vous l'évocation de longues années de solitude et de sacrifices.

Puisse-t-il vous rappeler que votre fils n'oubliera jamais ce qu'il vous doit, et être en même temps le témoignage de sa reconnaissance et de son immense affection.

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR SÉBILEAU

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DE L'HOPITAL

LARIBOISIÈRE

*Qui nous fit l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse, en hom-
mage de notre respectueuse grati-
tude.*

A M. LE DOCTEUR GIROT

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DE L'HOPITAL ST-ANTOINE

*Dans le service duquel ce travail a été
fait, fut toujours pour nous un
maître bienveillant et avisé.*

*Nous l'assurons de notre gratitude et
notre respectueux attachement.*

M. LE DOCTEUR LOUIS LEROUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HOPITAUX

*Qui a bien voulu nous inspirer le su-
jet de cette thèse et nous aider de
sa grande expérience.*

*Hommage de respectueuse recon-
naissance pour la bienveillance
qu'il nous a toujours témoignée.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

Stages

PROFESSEUR GILBERT (*in memoriam*).
PROFESSEUR GOSSET.
DOCTEUR CAUSSADE.
PROFESSEUR AGRÉGÉ DESCOMP (*in memoriam*).
DOCTEUR BABONEIX.

Externat

DOCTEUR WIART.
PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*).
DOCTEUR ETIENNE BERNARD.
DOCTEUR LE MÉE.
DOCTEUR GRIVOT.

AUX DOCTEURS : CAPETTE, CHIRURGIEN DES HOPITAUX ; LALLEMANT, MAGDELEINE, ASSISTANTS DE LARYNGOLOGIE DES HOPITAUX DE PARIS ; CAUSSE, ANCIEN ASSISTANT DE LARYNGOLOGIE.

Introduction

Il nous a paru intéressant, sur les conseils de notre maître, M. le Docteur Louis Leroux, d'étudier le diagnostic des sinusites polypeuses.

Question assez peu décrite nous profitons de ce qu'un certain nombre d'observations ont pu être recueillies dans le service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint-Antoine pour nous engager dans ce travail.

Nous n'avons pas l'intention de décrire ici une nouvelle affection des cavités périnasales ni une forme inédite des sinusites chroniques. Depuis Zuckerkandl la notion de sinusite polypeuse étant très bien connue et bien séparée de la sinusite suppurée.

On essaiera seulement dans ce modeste ouvrage de donner les moyens de faire le diagnostic de sinusite polypeuse beaucoup plus aisément qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, grâce surtout aux injections intrasinales de lipiodol.

Il y a encore peu de temps en présence d'une polypose nasale on se bornait à enlever ces polypes,

soit à l'anse, soit avec la pince de Luc, opération complétée parfois par le curetage de l'ethmoïde.

Les sinus n'étant presque jamais touchés, la cause de beaucoup la plus fréquente des polypes n'étant pas écartée la récurrence était certaine.

Avec Hirsch les sinusites polypeuses et leurs relations avec les polypes nasales étant mieux connues, on commence à trépaner les sinus maxillaires, mais en se basant surtout sur des présomptions car autant la radio que la diaphanoscopie, le cyto-diagnostic et tous les autres moyens cliniques ne peuvent donner que des résultats très incertains.

Un seul moyen réellement efficace est à notre disposition actuellement : les injections intrasinales de lipiodol. Cette méthode permettra de se rendre compte de l'extension de la polypose, et surtout de donner au clinicien le moyen de distinguer : d'un sinus malade qui donnera des innombrables récurrences et qui devra être opéré, des sinus sains qui ne sont pour rien dans la formation de la polypose et qu'il serait inutile d'opérer.

Historique

L'historique de la polyposé sinusale se confond avec l'historique du polype du nez, et c'est seulement en suivant les diverses étapes des théories émises sur son origine qu'on arrivera à la notion de sinusite polypeuse.

La question des polypes nasaux est envisagée dès les temps les plus reculés de l'histoire de la médecine.

Depuis Hippocrate qui recommande d'enlever les polypes avec une éponge. Celse qui préconise les caustiques Gallien qui recommande les astringents. C'est Salicet qui semble être le précurseur du traitement moderne introduisant le premier la méthode de l'étranglement du polype. En 1628, Glandorps publie un travail très complet sur cette affection.

C'est seulement vers le milieu du XVIII^e siècle que les auteurs commencent à se demander la cause de cette affection « terriblement » récidivante.

Successivement, Boerhaave, Levret, Heister, donnent des explications différentes sur la naissance des polypes du nez. Morgagni, plus tard, semble avoir soupçonné l'origine ostéique du polype ; il conseille de faire l'ablation de « la partie osseuse » pour éviter les récidives. Delacroix et Deschamps reprennent la question, mais leurs explications restent très vagues.

Avec le nom de Wirschow, une nouvelle période commence, période de recherches positives qui nous conduiront à la notion de sinusite polypeuse, telle qu'on la comprend aujourd'hui. Wirschow entreprend l'examen histologique et appelle ces tumeurs des myxomes.

C'est à Frehrichs et Billroth qu'on doit l'étude histologique approfondie des polypes du nez. Ils les considèrent comme les hypertrophies de la muqueuse nasale ayant la même structure que cette dernière.

Le premier qui a envisagé l'origine inflammatoire des polypes fut Zuckerkandl dans sa « Normale und pathologische Anatomie der Nasennöhle » en 1893 ». Au commencement mettant leur cause sur le compte d'une rhinite, il montra plus tard, que les polypes naissent autour des orifices des sinus et surtout de l'ethmoïde exceptionnelement des cellules ethmoïdales. Il démontra qu'ils ont toujours une cause inflammatoire.

Cette hypothèse a été, plus tard, admise et con-

firmée par tous les auteurs, elle est pour le moment incontestable.

Ensuite, on a cherché de donner d'autres explications sur leur origine.

Grünwald les considérait comme des signes pathognomoniques de l'empyème du sinus et qu'ils prenaient naissance par une excitation inflammatoire de la muqueuse ethmoïdale.

Alexandre, en 1896, croit voir à l'origine des polypes une suppuration. Il explique la formation par la contagion du nez par la muqueuse malade du sinus. Cette théorie sur l'origine uniquement purulente des polypes est contestée par Hayek qui rapporte un certain nombre d'observations où on ne trouve aucune trace d'empyème du sinus.

Hayek ne conteste pas la possibilité de naissance de polypes à la suite d'une suppuration, mais considère ce fait tout à fait exceptionnel. Il explique leur formation par une lésion chronique de la muqueuse nasale ou très souvent de la muqueuse ethmoïdale, à la longue l'affection ne se localise plus, uniquement à la muqueuse ethmoïdale, mais peut atteindre l'os même. Il explique la récurrence par le fait qu'après ablation simple des polypes de la muqueuse sans curettage de l'os, l'affection persiste, d'où la naissance de nouveaux polypes.

Dans un travail publié quelques années avant, Uffenorde disait que dans une rhinite la muqueuse très délicate du meat moyen réagit la première par un œdème inflammatoire, mais il fait un pas

en avant en affirmant que cette inflammation est SUCCESSIVE A L'ATTENTE DE LA MUQUEUSE SINUSALE.

Cette inflammation de la muqueuse sinusale qu'il appelle aussi catarrhale, Uffenorde la considère capable de donner naissance à l'intérieur du sinus à des polypes. Il s'approche dans cette hypothèse de celle émise par Zuckerkandel qui subdivise les sinusites en deux grandes catégories :

Sinusites catarrhales (polypeuses).

Sinusites purulentes.

Il nie la possibilité de la formation des polypes dans les sinusites purulentes, mais il l'admet comme exceptionnelle à la suite d'une rhinite atrophique avec ozène.

Les vues d'Uffenorde comme d'ailleurs aussi celles de Zuckerkandel n'ont pas trouvé l'accueil qu'elles méritaient auprès des rhinologistes aucun d'eux n'ayant donné le moyen de diagnostic clinique de la sinusite qu'ils appellent catarrhale.

Plus tard, Oscar Hirsch fut frappé du grand nombre de polypes des choanes qu'il rencontre après la grande épidémie de grippe de 1919-20.

Il a été surtout étonné que presque tous ses malades racontaient qu'ils avaient été plusieurs fois incommodés par une rhinorée ressemblant au liquide du blanc d'œuf.

A deux de ses malades il a trépané le sinus maxillaire et il a vu que les polypes s'implantaient par

une mince pédicule sur le *plancher de la fosse canine*.

Dans sa première observation le pédicule sortait par l'ostium maxillaire dans l'autre par son accessoire. La muqueuse, dans les deux cas, était œdématisée au niveau de l'implantation des pédicules tandis que le reste de son étendue était normale. Aucune trace de pus. Les recherches histologiques ont montré une parfaite identité de constitution entre le polype proprement dit, le pédicule intrasinusale, et la muqueuse sinusale. Une fois l'origine de ces grands polypes étant démontrée, Hirsch tire la conclusion que les polypes habituels du nez n'ont pas une autre origine car entre ces deux sortes de polypes, il n'y a aucune autre différences que la localisation.

Killian, bien avant Hirsch a été le premier à soutenir l'origine sinusale des polypes des choanes, mais il n'entreprit jamais l'ouverture du sinus pour le démontrer.

Mais tous ces auteurs n'ont donné aucun moyen de diagnostic sûr, de la présence de polypes ou de toute autre affection qui ne soit pas du pus dans le sinus maxillaire.

Marx donne quelques signes très incertains surtout au moment de la ponction.

Les américains ont insisté sur le cyto-diagnostic.

Mais tous se sont rendus compte que pour « comprendre » réellement quelque chose, il fallait pouvoir regarder dans le sinus maxillaire. Evi-

demment, il y avait la radiographie et la diaphanoscopie, mais de très bonne heure ils ont compris leurs efficacités dans peu de cas, mais aussi du résultat très aléatoire qu'on a obtenu dans la grande majorité des affections où il n'y avait pas de pus. Un seul moyen restait, l'injection de liquides opaques dans la cavité du sinus, faire une radiographie ensuite.

Feuchtinger pensa à employer le protargol à 5 % dans les kystes dentaires, il obtient une image relativement exacte, mais le procédé est plus commode.

Brunnatti et Filipini ont rempli la cavité du sinus maxillaire avec d'iode de potasse à 15 %.

C'est Revenhorn et Worms en 1924 qui ont pratiqué en France les premiers les injections de lipiodol dans le sinus dans un but diagnostic.

Dabrzanski et Lenartowski en 1925, Halphen et Marcel Kahn en 1927, Caussé et Louis Leroux dernièrement ont repris la question.

L'injection de lipiodol est un moyen diagnostic de premier ordre, très facile à manier, non irritant, on tâchera plus loin de montrer sa grande efficacité dans le diagnostic de sinusites polypeuses.

III

Connaissances actuelles sur les sinusites polypeuses

A la suite de travaux de Hirsch, Hayek et Marx en Autriche, Louis Leroux, Jousseau en France, la question des sinusites polypeuses commence à être mieux connue.

C'est une chose incontestable actuellement et généralement admise que les sinusites peuvent être subdivisées en deux grandes catégories : purulentes et oedémateuses ou polypeuses (catarrhales) des auteurs allemands.

On est très habitué à reconnaître la sinusite purulente tandis qu'on se trouve désarmé ou presque pour le diagnostic de la sinusite polypeuse.

En effet, nos moyens de diagnostic sont, en matière de sinusite, conçus pour la recherche du pus : or, la ponction est toujours négative dans une sinusite polypeuse. Les anciens cliniciens concluaient à la non-atteinte du sinus.

Hirsch, après avoir examiné systématiquement le sinus de tous les malades atteints de polyposes nasales, trépane dix-huit d'entre eux, et arrive aux conclusions suivantes : Il a trouvé chez tous, après ouverture du sinus, une très grosse inflammation œdémateuse de la muqueuse sinusale. La muqueuse était pâle, gonflée, formant des polypes, soit sessiles et nombreux, soit pédiculés, soit encore uniques et faisant issue dans le méat moyen, variété remarquée dans quatre observations sur ces dix-huit malades.

Comme il est impossible d'admettre dans ces quatre derniers cas qu'un pédicule si mince s'est élevé tout seul du plancher du sinus et ensuite s'insinue dans l'ostium maxillaire ou accessoire, Hirsch donne l'explication suivante : « A la suite d'une très forte inflammation de la muqueuse sinusale, toute la lumière du sinus a été entièrement bouchée. Cette muqueuse très inflammée ayant subi une pression s'est insinuée dans l'ostium maxillaire ou dans son accessoire, la partie périphérique étant devenue ces grands polypes des choanes, le pédicule prenant naissance par la rétraction de la muqueuse, une fois la période aiguë terminée ».

Si cette théorie sur la naissance des polypes par étranglement de la muqueuse sinusale hypertrophiée reste valable pour les grands polypes des choanes (4/sur 18 observations), elle ne peut nullement expliquer la naissance des autres polypes de beaucoup plus fréquents en clinique.

En effet, Hayek et Hirsch donnent un autre moyen d'expliquer la genèse de ces polypes habituels des fosses nasales.

La notion de coexistence de polypose nasale avec une sinusite catarrhale étant acquise, il faut considérer qu'il y a dans la formation de ces polypes ordinaires une extension de cette affection à travers l'ostium maxillaire dans le méat moyen. L'hypothèse de Hirsch sur la naissance des polypes confirme parfaitement les anciennes affirmations de Zuckerkandel. Un fait généralement admis, c'est que les polypes siègent habituellement au méat moyen à proximité de l'ostium maxillaire et exceptionnellement ailleurs, la possibilité d'extension étant beaucoup moindre. On comprendra aisément pourquoi les polypes ne prennent jamais naissance au méat inférieur, malgré que la cloison soit plus mince, il s'y trouve uniquement quand il existe une contre-ouverture nasale.

IV

Hysto-pathologie des sinusites polypeuses

Les affirmations de Hirsch, et Uffenorde ont été confirmées par les recherches histologiques. Voilà les résultats des travaux très récents de mon Maître le Docteur Louis Leroux et le Docteur Delarue sur la même question.

Ils constatent chez tous les malades porteurs des polypes nasaux et des masses polypeuses sinusales des lésions similaires et sont amenés à conclure à l'identité absolue entre :

a) le polype endonasale et la muqueuse sinusale malade du même sujet.

b) entre les polypes de types cliniques différents.

Voici schématiquement cet aspect lésionnel unique : l'épithélium cylindrique stratifié est peu modifié, parfois en voie de métaplasie malpighienne : le chorion, au contraire, est envahi par un

œdème considérable qui le dissocie, et au milieu duquel on trouve des fibrilles conjonctives en un réseau délicat où sont disséminés quelques fibroblastes. La réaction inflammatoire est marquée par les plasmocytes et quelques polynucléaires. Dans certains cas (asthme), des éosinophiles abondants à la surface des polypes seulement. En outre, des néovaisseaux à parois minces autour desquels se groupent des éléments inflammatoires.

Il y a concordance entre ses vues et les conclusions de la thèse de Jousseau. Les variations d'importance des divers éléments ont permis à cet auteur de décrire des variétés inflammatoires, pseudoangiomateuse, kystique, œdémateuse, fibreuse. En pratique, il est surtout utile de retenir la connaissance des formations pseudo-angiomateuses qui peuvent par des hémorragies répétées simuler ainsi que l'a montré Bourgeois (Soc. O.R.L. 1930) une tumeur maligne ethmoïdale.

Les lésions de la muqueuse se sont montrées toujours identiques aux polypes, avec peut-être une réaction inflammatoire plus ou moins accentuée, et dans les cas d'asthme beaucoup moins d'éosinophiles.

En tous cas, cette distension de la muqueuse sinusale et pituitaire est nettement différente de l'infiltration leucocytaire des sinusites suppurées. Cette différenciation histologique doit être la base sur laquelle s'appuiera l'opposition clinique entre les affections suppurées et polypeuses des sinus.

Diagnostic étiologique

Les résultats de l'examen histologique expliquent pourquoi, à la suite d'une infection purulente du sinus, on ne trouve jamais des polypes ethmoïdo-sinusaux.

Hirsch dit : Que dans ce genre d'infection, l'inflammation est minime et par ce fait, la possibilité d'extension de l'inflammation par l'ostium maxillaire ou son accessoire est beaucoup moins grande. Si tout de même l'infection arrive à gagner l'ostium et en continuant le méat moyen, la réaction de cette muqueuse aura les mêmes caractères que l'infection causale.

A la suite de sinusites purulentes, on trouve quelquefois des formations que Hayek a nommées des « hypertrophies atypiques ». Il y a une identité de formation entre ces hypertrophies atypiques et les polypes.

Tandis que les uns sont la réaction de la muqueuse du méat moyen à l'infection purulente, les

polypes sont la réaction de la même muqueuse, mais à une inflammation œdémateuse (catarrhale). En partant de cette constatation, on peut dire qu'il y a infection catarrhale, toujours quand on se trouve en présence des polypes et inversement quand il y a des hypertrophies atypiques, on est en présence d'une infection purulente.

Hayek conclut en disant que : « En cas d'extension d'une infection du sinus au méat moyen, la muqueuse du méat moyen réagit toujours spécifiquement ».

Comment expliquer alors que dans certains cas, il y a à la fois des polypes et une suppuration du sinus maxillaire. Puisqu'on n'admet pas la théorie classique que les sinusites purulentes peuvent donner des polypes et que nous n'admettons pas davantage que le polype puisse donner du pus, il faut bien admettre qu'il y a simplement une coïncidence, l'infection purulente étant secondaire. Presque dans tous les cas que nous avons vus, l'apparition du pus souvent unilatérale était précédée toujours d'une polypeuse bilatérale.

Certains auteurs allemands et anglais admettent, à côté de la forme purulente et polypeuse, une troisième forme mixte, qu'ils appellent hyperplasique. Pour nous, il s'agit simplement d'une coexistence de la forme purulente et polypeuse.

Quant à la localisation si fréquente des polypes à l'ethmoïde, ce serait, d'après Hirsch, une question uniquement topographique, étant donné que l'eth-

moïde siège à la sortie des orifices du sinus maxillaire et des autres sinus. D'après lui, ce serait une erreur fondamentale de considérer les polypes et la polypose comme produit typique d'une ethmoïdite.

Sans trop nous attarder sur toutes les origines décrites des polypes du nez, et en répétant que c'est la sinusite polypeuse qui est la cause de beaucoup la plus fréquente, il faut citer les polypes « primaires » d'Hayek, polypes non récidivents naissant après plusieurs atteintes de rhinite chronique. Ils se distinguent nettement des secondaires récidivant ayant comme origine une sinusite polypeuse.

Il est bien évident que dans quelques cas, il existe des polypes dans les fosses nasales où le sinus n'est pas atteint, certains de nos radios font foi, il s'agit alors des polypes primaires d'Hayek dont le siège est assez superficiel, opérés ils ne récidivent pas.

Une chose reste bien évidente que les polypes qu'on rencontre habituellement en clinique naissent ou bien à la suite de l'étranglement d'une partie de la muqueuse sinusale très enflammée dans un des orifices de sortie du sinus maxillaire (grands polypes des choanes de Killian) ou bien par extension de l'inflammation causée par la même infection au méat moyen... polypes habituels.

Bien que n'étant pas en rapports immédiats avec la question des sinusites polypeuses, l'étude faite

par Watson Williams, puis les auteurs américains Kistner, Wood, Sewall, sur les sinusites chroniques, méconnues en tant qu'infection focale, mérite d'être mentionnée ici. Elle prouve en effet qu'il peut exister une infection chronique sinusale que les procédés cliniques actuels ne peuvent pas reconnaître, mais que descelle le lavage du sinus et le cyto-diagnostic en montrant la présence de leucocytes des cellules desquamées et des germes. Parmi ceux-ci, il semble que le staphylocoque accompagnerait la suppuration et serait l'agent de désinfection aiguë, alors que le streptocoque ne donnerait pas de pus, mais de l'œdème, et serait le microbe des infections chroniques (Caussé, Annales, février 1930).

Il faut se garder actuellement des conclusions trop hâtives mais cette méthode pourrait donner de précieuses indications et dépister des sinusites polypeuses au début.

La question capitale reste de savoir si une infection banale peut à elle seule provoquer une telle réaction diffuse dans le nez et le sinus ou si une cause d'ordre général n'intervient pas. Les rhinologistes américains pensent à l'asthme ; ils parlent d'allergie.

Les Français disent terrain et syphilis. Le rôle du terrain syphilitique paraît indiscutable dans le type de polypose de Jacques, probable dans le type déformant des jeunes où on sait que l'hérédosyphilis amène souvent des déformations des os des

membres et du crâne. La récidence rapide, l'extension de la prolifération exubérante, la présence de stigmates parfois le bon effet du traitement spécifique, donnent d'assez fortes présomptions.

Mais chez l'adulte l'action de la syphilis est bien plus difficile à reconnaître. Parmi nos malades : un tiers des cas avait soit des antécédents avoués, soit un Wassermann positif : dans un tiers on ne pouvait trouver aucun trouble d'état général, et le dernier tiers était nettement asthmatique et très souvent tuberculeux. Pour ces derniers ce n'est pas évidemment la polypose qui est cause de l'asthme, mais on est en droit de se demander si, au contraire, le terrain asthmatique, souvent tuberculeux, ne jouerait pas un rôle assez important que la syphilis sur d'autres sujets (Louis Leroux, Progrès Médical, 1930).

Il est impossible, aujourd'hui, de poser des conclusions précises. Nous ne croyons pas que la polypose diffuse et récidivante soit due uniquement à une infection banale, mais que sur un terrain pathologique, le plus souvent syphilitique ou hérédopeut-être, parfois tuberculeux, une infection naso-sinusale quelconque pourra donner lieu à une lésion de structure banale, mais à évolution clinique assez particulière.

VI

Signes cliniques de la sinusite polypeuse

Il faut diviser d'emblée les sinusites polypeuses en deux grandes catégories :

a) sinusite polypeuse maxillaire, sans polypose nasale variété très rare mais décrite.

b) sinusite polypeuse avec polypose nasale de beaucoup la plus fréquente, et plus facile à diagnostiquer.

I) Les signes fonctionnels de la première catégorie, c'est-à-dire sans polypose nasale, sont très difficiles à établir les observations étant très rares. Dans une observation de Marx (V. plus loin), le malade est venu consulter pour des douleurs névralgiques du côté de son sinus atteint, une céphalée persistante, respiration nasale très diminuée, et surtout, très fréquemment une rhinorée blanchâtre ressemblant au blanc d'œuf, il faut se demander si

cette forme de sinusite maxillaire polypeuse n'est pas simplement le premier stade d'une sinusite polypeuse généralisée. Nous ignorons réellement dans la polypose diffuse si c'est le sinus ou l'ethmoïde qui a été le premier infecté.

Les auteurs allemands admettent la priorité de l'antre de Highmore. D'autre part, nous ignorons la rapidité d'évolution des polyposes qui peut être très variable selon les individus. Cependant même en admettant l'identité pathogénique de ces deux formes en clinique, il est utile de les distinguer car le diagnostic ne se pose pas de la même façon.

II) Ce qui amènera à consulter les malades atteints de sinusite polypeuse avec polypose nasale, ce sera justement les troubles procurés par cette dernière : obstruction nasale bi-latérale, dyspnée, céphalée fréquente, douleurs névralgiques au début de leur infection, ainsi que la même émission de liquide aqueux blanchâtre, mentionnée dans l'observation d'Hayek, dans plusieurs observations de Hirsch, et presque chez tous nos malades.

Louis Leroux croit que cette rhinorée se trouve seulement en cas d'asthme ou de rhinite spasmodique (présence toujours d'un grand nombre de éosinophiles) et alors il est logique de reconnaître ces affections comme cause de la rhinorée puisqu'elle la provoque aussi bien en l'absence des polypes.

La ponction

La ponction exploratrice de l'antre maxillaire est toujours négative sauf dans les cas très rares où il existe un kyste volumineux qui donne alors un liquide citrin.

Les auteurs allemands signalent quelques signes accessoires qui d'après eux ont une très grosse valeur. Il s'agit des renseignements fournis par le catathérisme de l'ostium maxillaire par le méat moyen, mais les laryngologistes français ont toujours considéré le catathérisme de l'orifice naturel du sinus maxillaire comme généralement difficile et souvent impraticable de par la structure anatomique même de l'ostium.

On sait que cet orifice s'ouvre dans l'antre tout contre sa paroi supérieure, et débouche d'autre part, au fond d'un sillon étroit formé d'une muqueuse tuméfiée, et dont la lèvre inférieure se relève fortement en dépassant souvent le niveau de la paroi supérieure. Ajoutons que l'ostium regardant obliquement en haut et en arrière offre la disposition la plus désavantageuse pour nos tentatives de catathérisme si même nous faisons abstraction de la présence du cornet moyen (Luc).

Voilà rapidement ces signes qui par le fait de la difficulté de catathérisme de l'ostium présenteront qu'un intérêt tout à fait relatif :

a) La facilité de la ponction (par l'ostium) en effet est mentionnée par tous les auteurs allemands.

b) Un autre signe de très grosse valeur serait une certaine résistance élastique au moment de la ponction (par l'ostium) sensation purement tactile très difficile à décrire, comparable à la sensation qu'on éprouve en perforant un coussin pneumatique.

Un autre signe de très grande importance et que tout le monde a constaté, c'est la difficulté du lavage ; en effet, le courant d'eau passe difficilement ; le malade souffre et fréquemment on se trouve dans l'obligation d'interrompre l'opération.

Les américains attachent une très grosse importance à l'examen cyto-hystologique du liquide de lavage du sinus malade. C'est à Watson Williams que revient le mérite d'avoir le premier proposé cet examen, mais les renseignements fournis ne donneront rien de précis pour le diagnostic d'une polypose sinusale, tout en restant un moyen excellent pour l'étude des autres sinusites.

La diaphanoscopie

La diaphanoscopie ne donnera malheureusement aussi que peu de renseignements utiles, la muqueuse œdémateuse n'étant pas opaque ; cependant si on compare les sinus polypeux avec les sinus d'un sujet sain, on pourra percevoir un léger voile diffus. Mais les erreurs de cette méthode, même en cas de suppuration, ne sont que trop connues. Le voile indiquant davantage l'épaississement de la muqueuse que la réplétion de la cavité

du sinus par un épanchement, car le sinus peut se montrer obscur après son évacuation, et souvent longtemps après sa guérison, et inversement un sinus manifestement plein de pus peut se montrer parfois parfaitement éclairé. D'autre part, les rayons de la lampe buccale n'arrivent au sinus que par voie indirecte, après avoir traversé la fosse nasale ; si donc il existe des lésions de cette dernière, telles qu'un épaissement considérable de la muqueuse, ou des polypes opaques, la lumière sera interceptée et le sinus restera obscur, quoique sain.

L'éclairage par contact ne donnera pas plus de renseignements et nous sera complètement inutile pour dépister une sinusite polypeuse.

Radiographie

La radiographie simple montre si une cavité sinusale est opaque ou transparente, mais elle ne fournit aucun renseignement sur la nature et les détails de cette opacité. Celle-ci peut être due soit à la présence de pus, ou à des polypes, ou kystes, à un épaissement uniforme de la muqueuse, ou enfin à la présence d'une tumeur.

Marx aurait vu sur plusieurs radios de ses malades ayant des sinusites polypeuses que l'opacité était non uniformément disposée, et présentant un aspect tacheté avec des petits espaces clairs entre les espaces sombres ; lui-même avoue que les résultats ont été très variables et sujets à des erreurs fréquentes.

Chez nos propres malades nous avons constaté l'irrégularité des différents procédés employés habituellement pour le diagnostic d'une sinusite, soit la ponction ou la diaphanoscopie ou la radio.

La diaphanoscopie nous a montré tantôt des sinus clairs, tantôt voilés ou opaques avec des lésions absolument identiques. Certains malades ont présenté longtemps des sinus maxillaires clairs, et ce n'est que plus tard qu'un léger voile est apparu.

De même la radio ne nous a pas apporté des signes de certitude et l'aspect décrit par Marx ne nous paraît pas avoir une réelle valeur diagnostique.

Quant à la ponction sinusale nous l'avons toujours pratiquée par le méat inférieur. Dans certains cas elle a été très facile parfois difficile, douloureuse, donnant le type de sinus bloqués.

Nous n'avons pas trouvé d'une façon constante l'élargissement de l'ostium décrit par Marx ; aussi croyons-nous que ces procédés dont les résultats se sont montrés si variables chez nos malades n'ont réellement pas une grande valeur diagnostique.

Il y a actuellement un seul moyen qui peut donner des résultats intéressants, c'est l'examen aux rayons X après injection de lipiodol. « Il n'est donc pas exagéré de dire que l'injection d'huile iodée est le complément indispensable de la radiographie : elle trace les contours de la muqueuse, dessine les profils des polypes, ou des kystes, et parfois rem-

plit ces derniers : enfin dans le cas d'une tumeur occupant la totalité de l'antre l'huile ne pénètre pas et l'image obtenue est presque caractéristique ».
(Caussé).

VII

Technique

La technique de l'injection d'huile iodée dans les sinus est extrêmement simple : une ponction ordinaire à travers le méat inférieur avec un trocart suivi d'un lavage, tout suivant la technique habituelle.

On portera le malade devant l'écran et on injectera sur place le lipiodol jusqu'au moment où le malade le sentira couler dans sa gorge, habituellement il ne faut pas plus de 3 à 4 cm³. Une précaution à prendre éviter que le liquide ne ressorte par l'ostium, un tamponnement un peu serré, évite cet inconvénient.

En Amérique on estime que pour obtenir du procédé le maximum de renseignements il faut faire également une radioscopie. Caussé donne sur la technique employée et les résultats à interpréter les renseignements suivants : « On injecte d'abord dans l'antre une quantité de liquide insuffisante à le remplir, puis sous l'écran on donne à la tête du sujet diverses positions de façon à observer la ma-

nière dont se remplissent les différentes parties du sinus. Normalement, l'antre a la forme d'une pyramide dont la base est constituée par la paroi nasale et dont le sommet avoisine le zygoma. Il faut noter que normalement la partie sous orbitaire du sinus sera remplie parfois incomplètement. En outre, la base de la pyramide sinusale présente une convexité correspondant au méat inférieur, et qui pourrait être interprétée, pour un œil mal exercé, comme une zone non remplie de liquide ».

En ce qui concerne la radiographie, Hiding, Anderson, conseillent de prendre la position penchée en avant et d'injecter assez de liquide pour que dans cette position la paroi antérieure du sinus soit totalement couverte. Normalement entre le pourtour osseux et l'ombre du lipiodol il ne doit pas y avoir une distance supérieure à 1 mm.

A l'état pathologique les aspects les plus divers peuvent être observés suivant les altérations de la muqueuse, la présence des polypes, etc...

L'image en cas de polypose du sinus, sera variable suivant l'importance de cette polypose. Voilà les résultats obtenus par Halphen chez deux malades.

Petite polypose. — « Une bordure entre la cavité sinusale et l'opacité du lipiodol qui, plus petite, ne comble pas toute la cavité ; cette bordure traduit l'existence d'une muqueuse épaissie fongueuse. La cure radicale effectuée peu de jours après, montre la justesse du diagnostic ».

Grande polypose. — « Une toute petite image lipiodolée avec des bords très irréguliers, inégaux, semblant à peine contenus dans la cavité sinusale : c'est que le sinus est rempli par des polypes et des fongosités.

On peut conclure en quelques phrases : si le sinus est sain, l'ombre remplit toute la cavité. S'il existe des masses polypeuses, on aura une ombre centrale petite, irrégulière, avec des prolongements entre les lésions.

Cette image diffère-t-elle de celle d'une sinusite suppurée avec fongosités ? D'emblée, on peut dire que non. Mais la ponction suivie de lavage qui a précédé l'injection de lipiodol, ainsi que la présence de polypes nasaux, éliminera le diagnostic des sinusites suppurées.

Les injections lipiodolées, nécessitant une technique extrêmement simple ne produisant aucune irritation, ni locale, ni générale, sont actuellement les seuls moyens réellement efficaces dont nous disposons pour faire un diagnostic précis de sinusites polypeuses. »

Observations

OBSERVATION I

(Observation de Marx)

M. G. H..., âgé de 47 ans, souffre depuis 3 ans de troubles nasaux : respiration nasale très diminuée ; souvent, élimination aqueuse ressemblant au blanc d'œuf de la narine gauche. Céphalée, rares douleurs dans le sinus maxillaire gauche.

Consulte un spécialiste. L'examen rhinologique montre une petite inflammation du cornet inférieur, pas d'hypertrophie, *pas la moindre trace de polypes*. Pas de pus, ni dans l'antéflexion de la tête, ni aux autres examens répétés.

A l'examen avec la sonde (méat moyen), on arrive facilement dans le sinus maxillaire gauche, et on éprouve très distinctement la sensation de perforation du coussin pneumatique. L'examen avec la sonde est très douloureux et pénible pour le malade.

Le lavage est très difficile, l'eau pénètre mal, le malade éprouve une grande douleur ; on est obli-

gé d'arrêter le lavage. Quelques gouttes de sang une demi-heure après le lavage.

Radiographie. — Une seule petite tâche d'air à côté du plancher de l'orbite, le reste est opaque et irrégulièrement tacheté avec de petits espaces clairs entre les espaces sombres.

Diagnostic probable : polypose sinusale gauche.

On pratique la cure radicale et on trouve l'os parfaitement sain, mais toute la cavité sinusale se montre remplie de polypes transparents ou en partie bleu-rougeâtre. Un de ces polypes est très coloré, saignant, probablement à cause de la ponction faite quelques jours auparavant. Pas de sécrétion, ni pus.

On cure la cavité sinusale ; les suites ont été excellentes.

OBSERVATION II

(Observation de Hayek)

M. O. R..., âgé de 24 ans, consulte pour la première fois le 10 septembre 1902 pour obstruction nasale du côté gauche.

A l'examen, on trouve la fosse nasale gauche complètement remplie de polypes, la droite indemne. Diaphanoscopie et ponction négatives ; le 11 septembre, on enlève les polypes à l'anse froide.

27 septembre : le malade revient se plaignant d'un rhume de cerveau, et grande obstruction na-

sale ; on trouve trois nouveaux polypes, on les enlève, et comme on présume une dégénérescence polypoïde du méat moyen, on resèque la partie inférieure du cornet moyen.

17 octobre : Hayek procède à l'ouverture du méat moyen, un groupe de polypes tombent et sont aussitôt enlevés.

19 octobre : l'ethmoïde se présente de nouveau rempli de polypes. Dans une seule séance, l'ethmoïde est ouvert en totalité ; il se présente comme une cavité unique partant de l'hyatus jusqu'à la paroi sphénoïdale.

3 semaines sans récédive.

15 novembre : malade enrhumé, obstruction nasale, on retrouve des polypes qui paraissent s'insérer sur la partie postérieure de l'hyatus. En raison de cette constatation et du fait que des polypes de ces dimensions ont pu paraître 4 jours à peine après un examen du nez quand les fosses nasales ont été trouvées parfaitement libres de polypes, ont incité Hayek à ouvrir le sinus maxillaire d'où il supposait qu'arrivent les polypes.

Sinus clair, ponction négative, le malade hésite à se faire opérer.

13 décembre : corryza, obstruction nasale, de nouveaux polypes ; on les enlève, pas de récédive pendant trois semaines.

11 février : polype de la grosseur d'une noisette dans le méat moyen ; pour la première fois, la dia-

phanoscopie est significative, le côté gauche paraît plus obscur que le côté droit.

Ouverture du sinus maxillaire le 17 février. On trouve : Un sinus rempli de polypes, la muqueuse étant saine dans la plus grande partie.

OBSERVATION III

(Personnelle)

Le malade V. L..., âgé de 55 ans, ébéniste, vient consulter à Saint-Antoine le 1^{er} mars 1931 pour une céphalée persistante en même temps que des petits épistaxis et émissions de pus par le nez.

Il y a 3 mois, le malade a commencé par sentir une certaine gêne dans le sinus maxillaire gauche survenue après un grand rhume. Peu de temps après, il s'aperçoit que sa respiration nasale devient très défectueuse et que progressivement il respire de moins en moins par le nez.

Depuis un mois, un facteur nouveau attire l'attention du malade : l'émission par le nez de croûtes sanglantes. Peu de temps après, sans aucune douleur, il voit apparaître un liquide franchement purulent qui le gêne beaucoup.

10 jours après, il commence à avoir des douleurs, d'abord peu marquées, ensuite beaucoup plus violentes, surtout dans son sinus frontal gau-

che. L'obstruction nasale est moins accentuée, anosmie complète.

A l'examen rhinologique, on trouve une mouche de pus dans la narine gauche, aucune trace de polypes de ce côté.

La fosse nasale droite est remplie de polypes, peu de pus. Les cornets sont normaux, pas de bourrelets de Volkmann. A l'examen de sa gorge, on a trouvé de très grosses amygdales criptiques, en même temps qu'une pharyngite sèche.

Pas de température.

Diaphanoscopie. — Les deux sinus maxillaires légèrement voilés, le sinus frontal gauche étant légèrement moins clair que le droit.

Ponction. — Très facile, liquide légèrement purulent des deux côtés, le liquide passe très difficilement du côté droit.

Radiographie. — La radiographie sans lipiodol montre une opacité légère du sinus maxillaire gauche ; sinus droit parfaitement clair. Sinus frontal gauche opaque.

Après injection de lipiodol, le sinus gauche montre une image parfaite de remplissage total du sinus, tandis que le droit montre la présence de fongosités et certainement de polypes (Voir planche n° 1).

L'ouverture du sinus maxillaire n'a pas été pratiquée, le malade s'y opposant.

OBSERVATION IV

(Personnelle)

Mme B. B..., âgée de 28 ans, vient consulter à Saint-Antoine le 1^{er} mars 1931. Elle se plaint de douleur à type névralgique du côté gauche de son visage, douleurs sans localisation précise.

Il y a six mois, elle s'est aperçue qu'après un grand rhume, elle a été incommodée fréquemment par l'écoulement de ses narines d'un liquide blanc jaunâtre ressemblant assez au blanc d'œuf, qui, d'après les dires même de la malade, n'étaient certainement pas du pus. Un mois après, elle s'aperçoit que son nez s'obstrue progressivement ; elle dort la bouche ouverte ; céphalées fréquentes, gorge sèche le matin ; anosmie complète.

A l'examen rhinologique, on trouve des masses polypeuses sortant des deux méats moyens.

Cornets normaux, la muqueuse légèrement rougeâtre.

Diaphanoscopie. — Sinus maxillaire légèrement voilé, radiographie sans lipiodol, sinus parfaitement clair.

Radiographie avec lipiodol montre une ombre minime du côté gauche, le sinus droit ombre beaucoup plus lumineuse à contours très irréguliers, très évidente de face (V. planche n° 3-4).

A la suite des résultats obtenus par la radio avec

lipiodol, on décide l'ouverture des sinus maxillaires.

L'opération a été effectuée le 11 mars 1931 (Luc).

On a trouvé un sinus rempli de polypes se baignant dans une sérosité mucilagineuse ; aucune trace de pus. Après ablation du cornet moyen, on a cureté l'ethmoïde, le trouvant plein de masses polypeuses avec destruction des cloisons inter-osseuses.

Grand œdème post-opératoire de la joue droite dure 3 jours. Suites excellentes.

OBSERVATION V

(Louis Leroux)

M. G. H..., âgé de 37 ans, vient consulter à Saint-Antoine pour la première fois le 15 décembre 1930.

Il y a déjà plusieurs années qu'à la suite d'un grand rhume il s'est rendu compte que sa respiration nasale diminuait. Il consulte en 1926 quand on l'opère pour la première fois de la polypose nasale qu'on venait de diagnostiquer. On recommence en 1927 quand on lui fait en même temps un curetage ethmoïdal (Saint-Louis).

Ancien asthmatique, il a remarqué qu'il allait bien mieux, quant à son asthme, après l'intervention de 1927. Mais depuis quelque temps, la gêne

respiratoire est réapparue, de même que les phénomènes asthmatiques.

Examen :

Rhinologique. Polype muqueux, sortant du méat moyen. Cornets normaux.

Ponction : négative.

Diaphanoscopie : sinus clairs.

Radiographie : lipiodol bon remplissage. (Voir planche 2). On élimine avec le diagnostic de sinusite polypeuse.

Pas d'ouverture du sinus maxillaire. — Ethmoïdéclomie.

Biopsie : polype avec bourgeonnement vasculaire ; prolifération collagène, intense en certains points. Nodules inflammatoires perivasculaires, quelques cellules éosinophiles en surface.

OBSERVATION VI

(Louis Leroux)

M. MV. R...

Vient consulter pour la première fois le 20 novembre 1930.

Souffre depuis bientôt 2 ans de céphalées fréquentes, une anosmie totale en même temps qu'une gêne respiratoire très accentuée.

Pas de phénomènes asthmatiques.

Examen masses polypeuses dans les fosses nasales gauche et droite.

Eclairage : sinus maxillaire droit moins clair que le gauche.

Ponction : négative.

Lipiodol : cavité bien remplie, pas d'aspect de polype. (V. planche n° 5).

Biopsie : chorion en réaction inflammatoire légère infiltré d'œdème, hyperplasie œdémateuse des glandes, épithélium non hyperplasié. Absence de cellules inflammatoires, pas d'œsinophiles.

Ce malade présentant un remplissage parfait lipiodolé, on a éliminé le diagnostic de sinusite maxillaire polypeuse et par conséquent on s'est décidé pour la seule thérapeutique possible : l'éthyroïdectomie bilatérale, qui a été pratiquée le 10 décembre 1930.

OBSERVATION VII

M. R. J..., âgé de 72 ans, vient consulter à Saint-Antoine le 25 novembre 1930 pour une grosse obstruction nasale.

Rhinite spasmodique depuis l'enfance apparaissant au printemps et en automne.

Il est très gêné par une hydroporrhée persistante qui, fait remarquable, cesse après ablation des polypes et récidive à leur réapparition. Pas d'asthme vrai.

Plusieurs fois opéré. En 1907, 1914, 1921, 1923.

Examen : un gros polype dans la fosse nasale, plusieurs sortant du méat moyen à gauche.

Eclairage : les deux sinus frontaux légèrement voilés.

Les sinus maxillaires obscurs.

Ponction : négative.

Radio après lipiodol montre : mauvais remplissage (V. planche n° 6).

Biopsie : polype en réaction inflammatoire intense, chorion dissocié par un œdème considérable, nombreuses cellules éosinophiles en surface, épithélium normal, pas d'hyperplasie des glandes.

L'image lipiodolée montre une sinusite maxillaire polipeuse certaine. Mais le malade étant très fatigué vu son grand âge — 72 ans — on a renoncé à la cure radicale, dont l'indication était pourtant péremptoire, et on s'est résumé à l'ablation simple des polypes des deux côtés.

OBSERVATION VIII

M. B..., âgé de 41 ans, vient consulter à Saint-Antoine le 4 décembre 1930.

Un mois auparavant, il avait souffert d'un grand rhume, à la suite duquel une gêne respiratoire progressive s'est installée, plus accentuée du côté droit.

A l'examen, on trouve, du côté droit, un grand

polype unique sortant du méat moyen (type Kilian).

Diaphanoscopie : sinus parfaitement clairs.

Ponction : négative.

Lipiodol : mauvais remplissage, qui nous décide d'intervenir. (V. planche n° 7).

Vu les résultats de l'examen, on conclut à l'existence d'une sinusite maxillaire polypeuse.

Trépanation du sinus maxillaire droit, procédé de l'angle antérieur (Lombard le 20 XII 1930).

On a trouvé une grande masse polypeuse remplissant presque en totalité la lumière sinueuse.

Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION IX

(Louis Leroux)

M. M. L., vient consulter pour la première fois à St-Antoine, le 24 novembre 1930.

Pas d'antécédents rhinologiques.

Depuis quelques semaines il accuse une obstruction nasale progressive. Anosmie.

Aucune gêne, aucune douleur.

A l'examen.

Polypes muqueux dans les deux fosses nasales, émergeant du méat moyen aucune trace de pus. Cornets normaux.

Ponction : négative.

Diaphanoscopie : Sinus maxillaires clairs.

Lipiodol, montre un remplissage très irrégulier. (Planche 9).

A la suite de l'examen lipiodolé on fait le diagnostic de sinusite maxillaire polypeuse. L'opération n'a pas pu être effectuée à cause de l'état général du malade. On s'est contenté de lui enlever les polypes nasaux.

Conclusions

1°) Il est admis actuellement que les sinusites maxillaires peuvent être divisées en deux grandes catégories :

Purulentes et oedémateuses.

2°) Tandis que le diagnostic des sinusites purulentes reste assez facile nous permettant de faire rapidement un diagnostic de certitude, tous les signes habituels, soit rhinologiques, soit la diaphanoscopie ou la radiographie, ne donnent réellement aucun renseignement utile, pour faire le diagnostic d'une sinusite polypeuse.

3°) Il nous reste un seul moyen réellement efficace, la radiographie après injection de lipiodol.

4°) Le lipiodol ne peut pas faire un diagnostic de lésion parce qu'il indique une modification qui peut être causée aussi bien par une fongosité des sinusites purulentes que par un polype ou des bourgeons néoplasiques.

5°) Le lipiodol permettra de reconnaître :

a) Si la cavité est vide.

b) S'il existe un kyste, aspect régulier sphérique.

c) Ou une tumeur volumineuse occupant toute la cavité (la ponction aura amené du sang, pus, ou des débris néoplasiques).

6°) a) Dans la sinusite suppurée avec présence du pus dans le méat moyen, obscurité à l'éclairage et à la radiographie, pus à la ponction, l'injection de lipiodol n'a pas d'intérêt.

b) Lorsqu'il y a à la fois polypose et obscurité sinasale, le lavage montrera souvent la coexistence de suppuration ; le lipiodol, dans ce cas, encore n'aura qu'une valeur polypeuse.

En résumé, l'injection de lipiodol nous dira nettement si en présence d'une polypose diffuse banale le sinus est atteint ou non et dans l'affirmative nous autorise de trépaner l'antre de Highmore.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président :*

BALTHAZARD. SÉBILEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETTY.

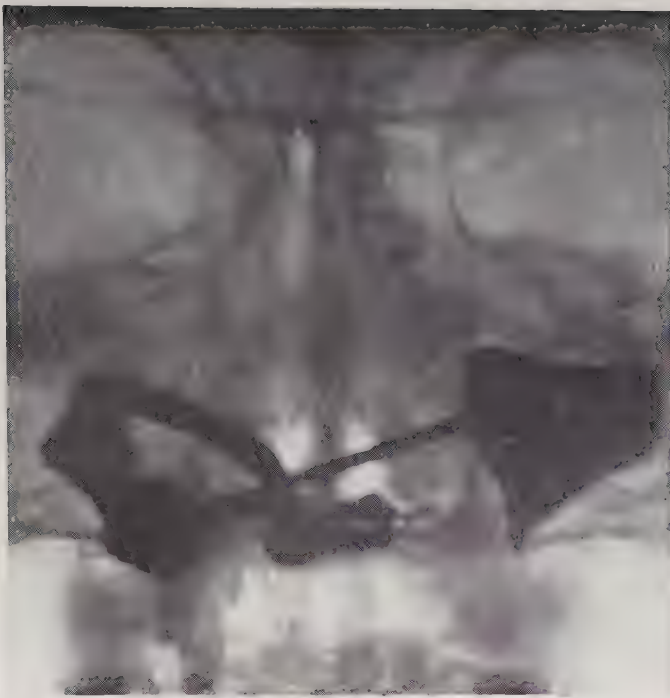


PLANCHE I. — OBSERVATION III

Remplissage total typique du sinus gauche. Mauvais remplissage irrégulier du sinus droit, probablement fongosités et polypes.



PLANCHE 2. — OBSERVATION V

Bon remplissage lipiodolé ; certainement pas de sinusite polypeuse



PLANCHE 3. — OBSERVATION IV

Face : Remplissage très irrégulier et incomplet surtout à gauche



PLANCHE 4. — OBSERVATION IV

Profil : Sinus droit, ombre volumineuse mais irrégulière, sinus gauche remplissage minime. Polypose sinusale certaine



PLANCHE 5. — OBSERVATION VI

Relativement, bon remplissage. Cette image ne permet pas d'affirmer une sinusite polypeuse. Probablement polypose ethmoïdale



PLANCHE 6. — OBSERVATION VII

A droite, une image très petite, mais assez régulière à la partie centrale du sinus. Le lipiodol n'atteint même pas l'extrémité du trocart. A gauche, le trocart a été enlevé. Avant la radio, le liquide s'est un peu répandu, mais l'image reste très irrégulière.

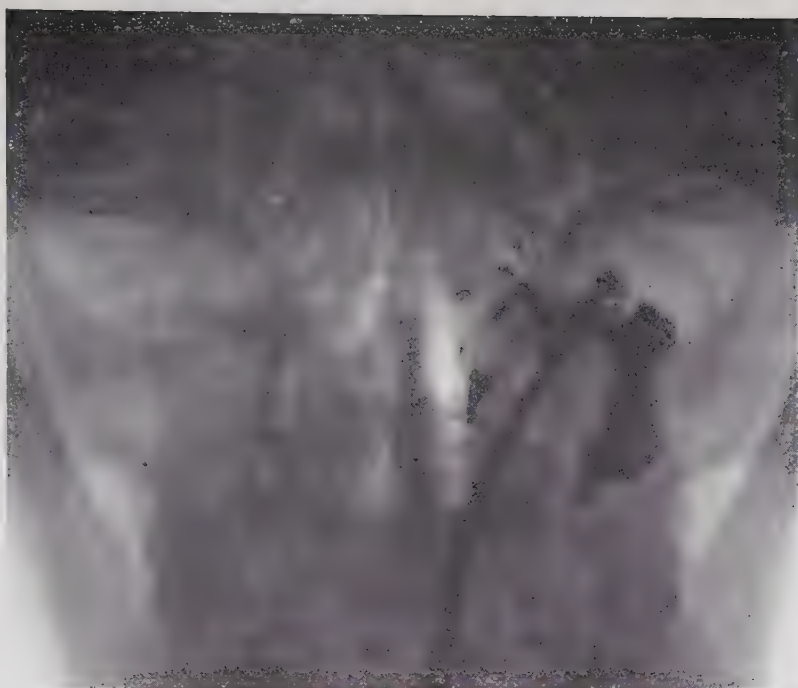


PLANCHE 7. — OBSERVATION VIII

Le tiers externe de l'antre est injecté. Malade présentant un polype de Killian. A l'opération, on a trouvé l'autre plein de polypes



PLANCHE 8. — OBSERVATION IX

Très mauvais remplissage lipiodolé. Polyposé sinusale certaine

Bibliographie

- ALAGUA. — Eosinophilie locale dans les polypes du nez (*Archives int. laryng.*, fév. 22).
- ALEXANDER. — Die Nasenpolypen und ilwen Bieziehungen zu den Empyemen der Nasennebenhöhlen. (*Arch. für Lary.*, 1896).
- BALAS. — Myxome des sinus maxillaires.
- BAR. — Polypes des choanes (*Ann. mal. or.*, pag. 390-1904).
- BAZNESKI. — Un cas de polypes muqueux de l'antre d'Highmore. (*Berlin. Med. Ges.*, 10 mars 1886).
- BEAUMONT. — Contribution à l'étiologie et au traitement des polypes muqueux des fosses nasales (*Th. de Paris*, 1895).
- BERTEMÉS. — Polypes muqueux et épithélioma des fosses nasales (*Rev. de laryng.*, n° 37, 1900).
- BONIN. — Polypes muqueux et sarcomes des fosses nasales (*Rev. de Laryng.*, 1895).
- BRAUN. — De polyponarium aquose, 1688.
- CABOCHE. — Polypes solitaires des fosses nasales et sinusites latentes (*La Médecine*, janvier 1923, pag. 301).

- CAMPLE. — Les polypes des sinus maxillaires (*Bollet. della malattia de l'orecchio*. — Ott. 1911).
- CITELLI. — Des tumeurs primitives du sinus. (*Arch.* 1908).
- Über eine neue krankheit der Oberkieferhöhle (*Arch. für Laryng. Band*, 33).
- CHOLEVA. — Pourquoi les polypes du nez récidivent-ils? (*Monatschrift für Ohren*, page 103, 1900).
- CITELLI et COLAMIDA. — Beiträge zur Lehre den Epitheliomen der Nasen schleimhaut (*Arch. für Laryng.*, VIII, 2, 1902).
- CLOSSIER. — Polypes choanaux endonasaux (*Arch. Med. d'Angers*, Séance du 4 mai 1921).
- DESCHAMPS. — Traité des maladies du nez et des sinus, 1804.
- DE LA ROCCA. — Observations sur les polypes du nez, 1596.
- Communication DELSTANCHE. — *Presse O. L. Belgique*, 1906.
- DOBZANSKI et LENARTOWSKI. — Sur l'application du lipiodol dans le diagnostic radiologique des maladies du sinus maxillaire (*Ann. Mal. Or.*, t. XLIV, n° 7, juillet 1925, p. 1032, 1037).
- DUROCHWOSKY. — Entzündliche Prozesse des Antrium Highmori (*Arch. für Laryng.*, 1895, Bd 3).

- DOESBEQUE. — Sur les polypes syphilitiques (30^e Congrès de la Société belge d'O. R. L., juin 1924).
- DORIZON. — Rhinite hypertrophique. *Th. de Paris*, 1896).
- DURAND. — Polypes muqueux des fosses nasales (*Ann. mal. or.* pag. 60, 1904).
- FORSCHNER. — Nasen polypen)(*Monatsch. für Ohrenheilk*, 1921, janv.).
- GERBER. — Die Syphilis der Nase, des Halses und des Ohres, Berlin 1910.
- GERDY. — Des polypes et leur traitement, 1833.
- GLANDORPS MATHIAS. — Traité des polypes des narines, 1628.
- GOT. — Deux cas de polypes muqueux du sinus maxillaire (*Rev. de Laryng.*, 31 janvier 1924).
- GRUMWALD. — Die Lehre von der Naseneiternugen (Munich, 1893).
- GUISEZ. — Maladies des fosses nasales et des sinus 1923.
- GUYOT. — Tuberculose à forme néoplasique du nez et du sinus maxillaire (*Congrès des laryng. du nez*, juin 1908).
- HALPHEN et RAOUL. — Communication, réunion des O. R. L. des hôpitaux de Paris, 9 fév. 1924.
- HALPHEN et MOREL KAHN. — De l'introduction du lipiodol dans le sinus maxillaire en vue de l'examen radiographique (*Soc. Laryng. hôp.*, 12 janv. 1927).

HAYEK. — Poly posis der Kieferhöhle.

Pathologie und Therapie der er ündlichen Erkrankungen der Nehenhöhlen der Nase, Leipzig und Wien, 1915, feite 122.

— Eine beitrag zur Rezidive von Nasenpolypen. *Monatschrift. f. Ohrenheilk und Laryngo-Rhinolog.*, 1924, S. 61.

HOPPMANN. . . *Über Nasenpolypen* (Berlin *Klinische Woche*, 1892).

HILDING ANDERSON. — The use of iodized oil in the diagnosis of nasal sinus aisease. Port I : (*Arch. of oto-laryngo.*, vol. VII, n° 4, avril 1925. — Id. port II : Id. vol. VII, n° 5, mai 1925, p. 514-524.

HUEERT CAMILLE. — Polypes des choanes. O. R. L. internationale ant., 1920.

IWANOFF. — Von den chronischen Entzündungen der Kieferhöhlen (*Zentralblatt. f. Ohrenheilk*, 1925, S. 355).

JACQUES. — Des dégénérescences bénignes de la muqueuse ethnoïdale. Causes et traitement. (*Soc. Française d'otologie. Rapport*, oct. 1903 et *Revue hebdomadaire de laryngolog.*, oct. 1903. *Rapport sur les polypes du nez. Rev. hebd. laryng.*, 1903).

JACQUES et BECLEMPS. — Des tumeurs bénignes du sinus maxillaire (*Revue hebdomadaire de laryngologie*, 190. N° 34).

— De la polypose syphilitique du nez. (*Ann. mal. d'oreilles*, novembre 1922, p. 1114).

- JOHNSTON. — *New-York Medical Journal*, août 1883.
- JOUSSEAUME. — Polypes du nez (*Th. de Paris*, 1925).
- JOUSSET. — Fibro mixome du sinus maxillaire et dégénérescence de la muqueuse nasale (*Rev. hebd. de laryng.*, 1900, n° 38).
- KILLIAN. — Über des ursprung Khoahen polypen Verk des Vereins südd. Laryngologen, 1905.
- KUBO. — *Arch. f. Laryng. Ri.*, 1909.
— International Congr. of Med. London.
— Polypes choanaux, solitaires des cavités péri-nasales (*Ann. Mal. oreilles*, 1913, p. 406).
- KOWLER. — Contribution à l'étiologie des polypes du nez (*Bulletin de O. R. L.*, mai 1922).
- LACK. — Un cas de distension du sinus maxillaire chez un homme de 20 ans. (*Laryng. Soc. of London*, 1^{er} juin 1900).
- LAVRAUD. — Etiologie et pathogénie des polypes muqueux des fosses nasales (*Journal des sciences médicales de Lille*, 1898, n° 51).
- LERMOYEZ. — Polype du sinus maxillaire. (*Soc. de laryngologie de Paris*, 8 juin 1913).
- LEROUX LOUIS. — Les sinusites polypeuses (*Progrès Médical*, déc. 1930, p. 2149).
- LE MÉE. — Myxome intra sinusale du maxillaire sup. (*Rev. hebd. de laryngol.*, 1^{er} nov. 1913).
- LUBET-BARBON et LABERNADIE. — Le cornet moyen dans ses rapports avec les processus inflammatoires aigus du sinus (*Soc. de O. R. L.*, 14 janv. 1921).

- LUC. — Etiologie des polypes muqueux des fosses nasales (*Arch. intern. de laryngol.*, 1895, n° 5, p. 252).
- LUSCHKA. — Uber Schleimpolypen den Oberkieferhöhlen (*Virschows Archiv.*, 8, S. 419).
- MARTIN. — Tumeurs du sinus frontal (*Th. de Paris*, 1888).
- MAY-COLLICI. — Un cas de polype du sinus frontal. (*Soc. britan. de laryng.*, 13 juillet 1894).
- MOLDENHAUSER. — Maladies des fosses nasales et du pharynx, traduit par V. Potiquet.
- MARX. — Zur Diagnose der Polyposis der Kieferhöhle. (*Arch. f. Ohren Nasen Kehlkopfkunde* 115 Band 2, Heft., juin 1928, Seite 123).
- NEDDU. — Polypes du nez avec abolition prolongée de la respiration nasale. (*O. R. L.*, p. 461).
- JAMES NEW-GUIB. — Adéno-carcinome du nez. (*Ass. Américaine de laryngo*, Congrès 24 mai 1903).
- PÉAU. — Polypes des fosses nasales. (*Gazette des Hôpitaux*, n° 51, mai 1897).
- PÉRIER. — Contribution à l'étude des empyèmes caséifiés des sinus. (*Th. de Paris*, 1922).
- PUSATERI. — Polypes du nez (sur leur étiologie) et sur leur rapport entre les altérations de la substance osseuse et l'ethmoïde. (*Annales O. R. L.*, 1909, p. 465).

- PUGNAT. — Etude sur les polypes sinuso-choanaux. (*O. R. L. international*, n° 1, 1920).
- SAUGER. — Pathol. anat. Studien uber Nasensyphilis. (*Rev. p. Derm. und Syph.*, 1878).
- SEGURA. — Polypes fibro-muqueux naso-pharyngiens, leur origine dans le sinus maxillaire. (*Rev. Leb. de laryngologie*, 15 déc. 1906).
- SERVARD. — Cytologie examination in the diagnosis of infection in the nasal accessory sinuses. (*Annals of otology*, vol. XXXVII, n° 2, juin 1928, p. 642).
- Diagnosis and treatment of chronic maxillary sinus infection. (*Arch. of otolaryngology*, vol. VIII, n° 4, oct. 1928, p. 405).
- REVERCHON ET WORMS. — Valeurs séméiologiques de la radiographie dans l'étude de la polysinusite grippale (*Soc. oto-rhino et Laryng.*, 16 avril 1923).
- UFFENORDE. — Euskhungsweise und Rückfallneigung des Nasenpolypen. (*Arch. f. Laryng.*, 13. 6. 33).
- (*Arch. für. obren Nasen und Kehl-Kopftheil*, 100).
- Die Nasennebenhöhlen in Röntgentilde. (*Arch. f. ohren. Nasen Kehl.*, 110, p. 135).
- Über Katarrhalische Nebenhöhlenentzündungen und deren Diagnose. (*Monats-*

chvift für Ohrenheilk und Laryng., 59, p. 153).

WERUHER. — Über die Auftreibung des Sinus max. (*Arch. für Laryng.*, 1876, Baud XIV).

WATSON WILLIAMS. — The diagnostic volue of the suction syringae in maxillary antral sinusitis. (*The Journal of Laryngology*, 1912, p. 142).

— Les sinusites sans pus (*Archives anter.* avril 1922).

— Diagnostic exploration of the nasal sinuses by the author's suction syringue method. (*The British Medic. Journal*, 14 nov. 1925, p. 894).

WEIL ARTHUR. — The use of iodized oil as ak Aid to Diagnosis in sinus conditions. (*Arch. of Otologyng.*, vol X, n° 6, décembre 1926, p. 603).

WOOD. — The paranasal sinuses as Sources of infection (*Annales of otology*, vol. XXX VII, n° 2, juin 1928, p. 592).

